

Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: Adiktologie



Michaela Veselá

Faktory účinnosti substituční léčby

Factors of efficiency substitution treatment

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Lenka Reichelová

Praha, 2014

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 22. 7. 2014

MICHAELA VESELÁ

Identifikační záznam:

VESELÁ, Michaela. *Faktory účinnosti substituční léčby. [Factors of efficiency substitution treatment]*. Praha, 2014. 50 s., 2 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce: Mgr. Lenka Reichelová

Poděkování:

Chtěla bych moc poděkovat Mgr. Lence Reichelové za ochotu a nepostradatelné rady, které mi pomohly při zpracování této bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala rodině a přátelům za pomoc a podporu během studia.

Abstrakt:

Tato práce se zabývá faktory účinnosti substituční léčby, které jsou pro klienty důležité k tomu, aby v ní setrvali a stali se tak dlouhodobě stabilizovanými. Práce se zabývá faktory účinnosti jako celkem, ale převážně i mírou důležitosti sociálních faktorů, které bývají v této složce systému péče opomíjeny.

Výzkum byl realizován na základě dotazníkového šetření ve třech substitučních zařízeních v měsících květen – červen 2014. Dotazníky byly předkládány všem klientům substitučních zařízení bez ohledu na jejich délku v programu či typu substitučního preparátu. Některé odpovědi byly porovnávány na základě délky programu.

Teoretická část se zaměřuje na popis substituční léčby – cílů, léčebných preparátů, typů a forem. Je zmíněn také Standard substituční léčby. V druhé části jsou popsány faktory významné pro účinnost léčby, účinné faktory v terapeutické komunitě a účinné faktory psychoterapie.

Praktická část uvádí výsledky, které byly statisticky zpracovány a graficky znázorněny. Následně byly také hledány souvislosti mezi jednotlivými proměnnými.

Všichni klienti vnímají jako důležité faktory pro setrvání v léčbě dostupnost zařízení, z nabízených intervencí pak psychoterapeutickou podporu, dále také pravidla a kontroly, které jsou součástí léčby.

Klíčová slova: Substituční léčba – faktory účinnosti – účinnost léčby – sociální faktory

Abstract:

This bachelor examines the factors of efficiency substitution treatment, which are for clients important to ensure and become stabilized in the long term. The bachelor examines with factors of efficiency as a whole, but mainly by the extend of the importance of social factors, which are in this foster care system neglected.

The research was realized based on a questionnaire survey in foster substitution devices in May - June 2014. Questionnaires were submitted to all clients of substitution device regardless of the length of the program and the type of substitution preparation. Some answers were compared on the basis the length of the program.

The theoretical part focuses on the description substitution treatment - targets, therapeutic preparation, types and forms. It's also mentioned the Standard substitution treatment. In the second section, there are described factors relevant to the effectiveness of treatment, effective factors in the therapeutic community and effective factors of psychotherapy.

The practical part provides the results which were statistically analyzed and graphically shown. Subsequently, the link between different variables were searched.

All clients perceive as important factors for retention in treatment availability of equipment, from the psychotherapeutic interventions offered support, as well as rules and controls that are part of the treatment.

Key words: Substitution treatment – factors of efficiency – treatment efficacy – social factors.

Obsah

1. Úvod	2
2. Teoretická část	4
2.1. Opioidy	4
2.2. Substituční léčba	4
2.2.1 Cíle substituční léčby	5
2.2.2. Dostupné léčebné preparáty	5
2.2.3. Typy a formy substituční léčby	7
2.2.4. Standard substituční léčby	8
2.3. Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek	8
2.4. Faktory významné pro účinnost léčby	9
2.4.1. Účinné faktory v terapeutické komunitě	11
2.4.2. Účinné faktory psychoterapie	11
2.4.3. Sociální faktory v léčbě závislosti	13
2.4.4. Účinné faktory substituční léčby	13
3. Výzkumná část	15
3.1. Cíl	15
3.2. Metodika	16
3.3. Výsledky	17
3.4. Diskuze	33
3.5. Závěr	36
4. Použitá literatura	37
5. Přílohy	40
5.1. Seznam tabulek a grafů	40
5.2. Dotazník	40

1. Úvod

Téma bakalářské práce „Faktory účinnosti substituční léčby“ jsem si vybrala z důvodu minimální existence článků či dokonce výzkumů na toto téma i přes to, že je substituční léčba stejně důležitá, jako ostatní typy. Hlavními podněty, díky kterým jsem se rozhodla zabývat se substituční léčbou ve své bakalářské práci byly za prvé, stáž ve specializovaném ambulantním zařízení CADAS SANANIM u MUDr. Minaříka, kde mne zaujala náplň práce celého týmu, zejména pak sociální pracovnice, a za druhé dlouholetá zkušenost pro mne blízkého člověka s tímto typem léčby.

Cílem této práce je zjistit, jaké faktory mohou být pro klienty substitučních zařízení potřebné k tomu, aby setrvali v léčbě a stali se tak dlouhodobě stabilizovanými. Tento kvantitativní výzkum byl realizován formou krátkého dotazníku, který jsem si sestavila na základě stanovených výzkumných otázek. Po dlouhém uvážení jsem se rozhodla, že dotazníky budu předkládat všem klientům substitučních zařízení bez ohledu na jejich délku v substitučním programu či typu substitučního preparátu.

Předpokládám, že po vyhodnocení všech dat získám takové výsledky, ze kterých budu moci na základě odpovědí určit, jaké faktory považují klienti za potřebné a významné pro průběh jejich léčby či pouhé setrvání v ní, i na úkor osobního negativního postavení k léčbě samotné.

V současné době v substitučních zařízeních jsou poskytovány nejčastěji základní služby – podání substituční látky, podpůrná psychoterapie a sociální práce. Bohužel se zatím nepodařilo upřít pozornost odborníků k důležitosti stabilizace pacienta z hlediska bydlení, práce a partnerských vztahů (Richterová Těmínová, 2008). Na toto tvrzení bych také ráda navázala svou práci, jelikož, jak je známo, mezi faktory vzniku závislosti mohou patřit jak genetické faktory, tak i vlivy vnějšího prostředí, do kterých bezpochyby patří i výše zmíněná sociální složka. Ráda bych tedy zjistila, jakou váhu důležitosti klienti přikládají právě sociální stabilizaci. Dle mého názoru bychom se ať už v ambulantní, ústavní či rezidenční léčbě měli v terapii zabývat všemi faktory vzniku závislosti, jelikož nikdy přesně bez přesné diagnózy nemůžeme určit ony spouštěcí faktory, které jsou pro každého individuální.

Tato práce se v teoretické části zaměřuje na faktory významné pro účinnost léčby obecně, zejména pak také na faktory účinnosti substituční léčby. Konkrétněji jsou zde popsány účinné faktory v terapeutické komunitě a účinné faktory psychoterapie, na jejichž

zkoumání a stanovení se podílelo více autorů. V další kapitole je popsána skupina návykových látek – opioidů, dále se věnuje popisu substituční léčby, konkrétně tedy cílů, léčebných preparátů a typů či forem. Zmíněn je zde také Standard substituční léčby.

2. Teoretická část

2.1. Opioidy

Termín opioid je používán pro každou látku vykazující synergický účinek s morfinem, zatímco termín opiáty je používán jen pro látky chemicky podobné morfinu. Opioidy známe přírodní (např. opium) a syntetické (např. kodein, heroin, metadon, buprenorfin, fentanyl aj (Švarc, 2008).

Opioidy ovlivňují organismus prostřednictvím opioidních receptorů (μ , κ , δ a delta). V lékařství se používají jako nejsilnější léky proti bolesti (analgetika), nebo jako léky proti kašli (antitusika), protože tlumí kašlací reflex.

Mechanismus účinku je dán vazbou látky na opioidní receptory, které se vyskytují v celém centrálním nervovém systému. Morfinové receptory existují v několika subtypech:

- μ receptory – mají analgetické působení, vedou k euforii, sedaci a útlumu dechového centra. Jsou nejdůležitější pro vznik závislosti;
- delta receptory – jsou lokalizovány periferně a podílejí se na analgezii;
- kappa receptory – podílejí se na analgezii na míšní úrovni, vedou k sedaci a dysforii;
- sigma receptory – podílejí se na působení některých psychomimetik a na dysforii způsobené opioidy. (Minařík, 2003)

2.2. Substituční léčba

Téma substituční léčby závislosti na opiátech je v ČR v tomto desetiletí aktuální a poslední vývoj a informace ukazují, že se jeho důležitost nesnižuje (Mravčík, 2009). Substituční terapie je poskytována různými způsoby, ať už se jedná o různá zařízení (primární péče, specializovaná centra, lékárny a vězení) či dávkování a trvání léčby (Verster a Buning, 2003). Substituční léčba probíhá nejčastěji v ambulantních zdravotnických zařízeních. Její podstatou je nahrazení ilegálně získávané návykové látky (neznámé koncentrace, obsahující toxické příměsi, aplikovaná rizikovým způsobem, tj. nitrožilně) látkou – lékem, který má dlouhodobější účinek, aplikuje se perorálně. Tento preparát je je podáván či předepisován lékařem. (Richterová Těminová, 2008).

Pro substituční léčbu při závislosti na opiátech se používá řada látek opioidové povahy. Substituční léčba je metodou první volby pro pacienty, kteří nejsou schopni

přijmout terapeutické metody, jejichž primárním cílem je abstinence od návykových látek (at – ambulance)

2.2.1 Cíle substituční léčby

- udržení nebo zlepšení psychického a somatického stavu
- ukončení rizikových způsobů aplikace návykových látek
- snížení nebo ukončení užívání nezákonných návykových látek
- snížení nebo ukončení rizikového chování při užívání návykových látek
- omezení nebo ukončení kriminálního chování
- zlepšení sociálních vztahů
- příprava pro zahájení léčebného režimu, vedoucího k detoxifikaci a abstinenci bez užívání substitučních látek (MZ ČR, 2008)

2.2.2. Dostupné léčebné preparáty

Problémový uživatel drog má obvykle se zdravotními službami bohaté zkušenosti. Obtíže umí vylíčit tak, aby dosáhl výsledku, který sám očekává, tedy předpis těch správných léků (nejčastěji opioidní analgetika, benzodiazepiny, substituční preparáty), (Minařík, J., Nečas, V., 2010). Toto se ale spíše děje u lékařů, kteří nemají žádné zkušenosti se závislými osobami, např. praktický lékař.

V roce 2012 bylo na českém trhu k dispozici pět přípravků pro substituční léčbu závislosti na opiátech:

- od roku 1997 metadon připravovaný z dovážené generické substance (dostupný ve specializovaných substitučních centrech),
- od roku 2000 Subutex® obsahující účinnou látku buprenorfin,
- od února 2008 kompozitní přípravek Suboxone® s účinnými látkami buprenorfin a naloxon. Subutex® a Suboxone®, které jsou dostupné v lékárnách ve formě hromadně vyráběného léčivého přípravku, může předepsat jakýkoliv lékař bez ohledu na specializaci. Substituční přípravky jsou v léčbě podávány výhradně orální formou,
- od ledna 2011 přípravek Buprenorphine Alkaloid® v silách 0,4 mg, 2 mg a 8 mg ve formě sublingválních tablet obsahující buprenorfin,
- od června 2011 přípravek Ravata® v silách 2 mg a 8 mg také ve formě sublingválních tablet obsahující buprenorfin (Nechanská, 2014)

Metadon

Metadon je dlouhodobě působící syntetická droga, která byla poprvé použita ve Spojených státech amerických v roce 1960. Je to agonista opiátových receptorů což znamená, že se chová podobně jako morfin a jiné narkotické léky. Při správném dávkování nedochází u pacienta k euforii ani utlumení. Správná udržovací dávka je taková, kdy dojde k utlumení cravingu. Účinnou látkou metadonu je metadon hydrochlorid, který se podává formou tablet, prášku či roztoku. Tablety jsou rozpouštěny ve vodě a podávány perorálně, stejně tak jako prášek. Tekutý metadon může být dávkován z automatického přístroje, podle individuálních potřeb klientů. U většiny lidí lze pozorovat účinek po dobu 24 – 36 hodin. (About methadone, 2006)

Buprenorfin

Buprenorfin je částečný agonista s vysokou afinitou k opioidním receptorům a antagonist k kappa opioidních receptorů. Vytváří účinky podobné opiátům, brání abstinčním symptomům, snižuje bažení po droze a snižuje účinky jiných opiátů, aniž vytváří silnou euforii. Buprenorfin se dodává ve formě sublingválních tablet, které jsou rozpustné ve slinách a ve vodě, a tudíž je lze aplikovat také injekčně. Rozpuštění tablet trvá 3 až 8 minut (Mravčík, 2006).

Suboxone

Suboxone® je částečný opiátový μ -agonista. Suboxone je sublingvální tableta, obsahující hydrochlorid buprenorfinu a naloxon v poměru 4:1. Tablety jsou k dispozici ve dvou silách: buprenorfin 2 mg/naloxon 0,5 mg a buprenorfin 8 mg/naloxon 2 mg. Suboxone® je indikován k léčbě závislosti na opiátech, v rámci bio-psychosociální terapie.

V posledních letech však dochází k podstatnému nárůstu incidence závislosti na opiátech na lékařský předpis, proto byla ve Spojených státech amerických uskutečněna studie Prescription Opioid Addiction Treatment Study (POATS), jejíž autoři se pokusili u 360 pacientů se závislostí na opiátech na lékařský předpis stanovit faktory predisponující k úspěšné léčbě dvanáctitýdenní terapií Suboxone. Z analýzy vyplynulo, že k hlavním prediktorům úspěšnosti léčby patřil vyšší věk, diagnóza depresivní poruchy v průběhu života, perorální užívání opiátů a žádná předchozí substituční léčba (Dreifuss, J. A., 2013).

Autoři nedávné studie, která byla prováděna na 152 dospívajících a mladých dospělých, se pokusili o identifikaci faktorů ovlivňujících setrvání v substituční léčbě

Suboxonem. Pacienti byli rozděleni do dvou skupin: jedna skupina podstoupila 12týdenní, druhá jen 2týdenní léčbu Suboxonem. Výsledky byly následující:

Ve skupině pacientů s 2 týdenní medikací a následnou psychosociální léčbou přerušilo léčbu mezi 2. – 4. týdnem 36 % pacientů. Ve skupině s 12týdenní medikací ukončilo léčbu do konce 4. týdne jen 8 % pacientů. Na základě tohoto byly určeny faktory, které zvyšují pravděpodobnost setrvání v léčbě: rychlá adherence k léčbě Suboxonem, nepřítomnost opiátů v moči po zahájení léčby a délka užívání neheroinových opiátů během života. Závěrem plyne, že mezi faktory, které nás mohou upozornit na riziko přerušení léčby je špatná adherence k medikaci a moč pozitivní na opiáty (Warden, 2012).

2.2.3. Typy a formy substituční léčby

Standardy substituční léčby (2008) uvádějí tři typy substituční léčby a to: komplexní, základní a minimální.

Komplexní substituční léčba (ve specializovaných zařízeních s plným spektrem služeb pro závislé na návykových látkách) je poskytování (podávání pod dozorem, vydávání a/nebo předepisování) substituční látky a služby v rámci zařízení. Mezi služby patří: terapie somatických a psychických poruch, skupinová psychoterapie, individuální psychoterapie, rodinná a pracovní terapie, následná péče, vzdělávání o aspektech užívání návykových látek, osobní a pracovní poradenství, profesní vzdělávání atd.

U základní substituční léčby (ve specializovaných zařízeních se standardním spektrem služeb pro závislé na návykových látkách) je poskytování substituční látky doplněno dalšími službami, zejména adekvátní somatickou léčbou, psychoterapií a psychosociálním servisem. Tento typ léčby se aplikuje v případech, kde pacient není schopen, či ochoten využít služeb komplexní substituční léčby, nebo pokud tato léčba není dostupná.

Minimální substituční léčba (ve zdravotnických zařízeních s jinou specializací), kromě poskytování substituční látky, probíhá bez další terapie nebo poradenství.

Tímto se dostáváme na specifikaci forem substituční léčby, kterou uvádí Popov (2008):

- krátkodobá – rychlá detoxifikační substituce, realizovaná nejčastěji během hospitalizace, trvající 1-2 týdny;

- střednědobá – prodloužená detoxifikace, prováděná během ústavní léčby, někdy ambulantně, trvající několik týdnů až měsíců, která je vhodná u klientů s velmi vysokou tolerancí či závislých na několika látkách, které jsou vysazovány, resp. nahrazovány postupně;
- dlouhodobá – většinou je realizována ambulantní formou, udržovací substituce, např. metadonová či buprenorfinová substituce u klientů závislých na opioidech, která může trvat řadu měsíců, či let.

2.2.4. Standard substituční léčby

Standard substituční léčby je koncipován jako souhrn obecně platných pravidel substituční léčby závislosti na opioidech. Byl vydán ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR v roce 2001, od té doby však byla nutná aktualizace díky změnám právních norem a zákonů, kterou provedli MUDr. Petr Popov a Ph.D. Tomáš Zábranský ve spolupráci s dalšími členy SNN ČLS JEP.

Standard obsahuje seznam substitučních látek, které jsou určeny lege artis k substituční léčbě, v následující kapitole jsou uvedeny definice a charakteristika závislosti na opioidech, dle MKN-10 (10. revize). Dále tu můžeme najít poruchy způsobené užíváním opioidů, definice a typy substituční léčby, indikace a kontraindikace pro substituční léčbu. Dále je tu kapitola o terapii a v přílohách nechybí krom jiných ani formulář pro hlášení substituční léčby do NRULISL.

Účinnost nebo úspěch léčby nezávisí pouze na dané substituční látce, ale také na souvislostech a doprovodných součástech léčby. K úspěchu substituční terapie mohou zásadním způsobem přispět například psychosociální intervence (Verster, A., Buning, E., 2003), které můžeme nazývat také jako nefarmakologické složky substituční terapie, které mohou zahrnovat: poradenství, psychoterapii nejrůznějších forem (individuální, skupinovou, podpůrnou aj.), sociální práci, rodinnou terapii, pracovní terapii a různé formy sociální rehabilitace (Popov, 2003).

2.3. Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek

Každý rok jsou na stránkách Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (UZIS) zveřejněny aktuální informace týkající se substituční léčby za předešlý rok. Tyto informace jsou prezentovány z Národního registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek (NRULISL).

Národní registr funguje v České republice od května 2000, jehož správcem a zpracovatelem je Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.

Nejvýznamnější změnu v substituční léčbě přinesla novela zákona č. 379/2005 Sb., která nabyla účinnost 1. ledna 2006 a podle níž je povinností všech lékařů poskytujících substituční léčbu hlásit své pacienty do Registru substituční léčby (Nechanská, 2014).

Od r. 2011 jsou k dispozici dva zdroje údajů o počtu pacientů v substituční léčbě závislosti na opiátech/opioidech. Prvním zdrojem je Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných návykových látek (registr substituční léčby, NRULISL), druhým jsou agregované údaje z ročních výkazů o činnosti ambulantních zařízení oboru psychiatrie a oboru praktický lékař pro dospělé.

V roce 2012 nahlásilo pacienty v substituci celkem 59 zdravotnických zařízení (Mravčík et al, 2013) zatímco v následujícím roce počet zařízení vzrostl na 64 (Nechanská, 2014).

Další informace z Výroční zprávy (2013) ukazují, že během roku 2012 bylo v Registru substituční léčby evidováno 2298 léčených osob – z toho bylo 1641 (71 %) osob hlášených v registru léčeno buprenorfinem, zbylých 657 osob bylo léčeno metadonem (Nechanská, 2013) a v roce 2013 bylo léčeno 2311 osob (Nechanská, 2014).

Domnívám se, že je tato novela velice odpodstatněná a důležitá hlavně díky obchodu s buprenorfinem a obecně substitučními preparáty na černém trhu. Není jisté, zda se tomuto jevu podaří zcela zamezit, ale díky snaze o kontrolované předepisování alespoň předejít. Nechanská (2014) však uvádí, že léčivé přípravky na bázi buprenorfinu, které může předepsat každý lékař bez ohledu na specializaci, jsou bohužel stále předepisovány i bez řádného nahlášení pacienta do registru. Tento přístup, dle mého názoru, nepodporuje snahu o kontrolované předepisování substitučních preparátů.

2.4. Faktory významné pro účinnost léčby

Tradiční léčebná filosofie byla nesena přesvědčením, že účinná léčba je možná teprve poté, co drogová kariéra vyústí do debaklu a uživatelé nezbývá nic, než hledat pomoc. Jeho vlastní motivace pak může být natolik přínosná, aby mu umožnila léčbu úspěšně absolvovat (Kalina, 2000). Aby léčba byla účinná, je třeba, aby v ní klient vydržel – tento předpoklad je komplikován vysokou četností tzv. vypadnutí z léčby (drop-out), ať už jde o spontánní odchody či o vyloučení pro porušování pravidel (Kalina, 2000).

Dle Kaliny (2008) znamená účinná léčba:

- včasný začátek – místo čekání na klienty, musíme využít všech prostředků, jak zachytit závislé co nejdříve po objevení prvních problémů či po novém relapsu
- práce s motivací – nejen získávání motivace k léčbě, ale i udržování k vytrvání a změně životního stylu nesmí být považováno za odpovědnost klienta
- podpora zapojení klienta do léčby – čím dříve dostaneme závislé do léčení, tím je viditelné, že jsou různí a jejich problémy nemohou být ošetřeny stejně
- prevence relapsu – relaps se může dostavit v průběhu léčby i po jejím ukončení, proto je nezbytné se na ní aktivně zaměřit
- zužitkování nedobrovolného léčení – přesvědčení, že „jenom dobrovolná léčba je účinná“ musí nahradit vědomí, že i nedobrovolná léčba může mít smysl
- zhodnocení léčebného kontinua – každá léčba je jen jednou etapou na klientově cestě k životu bez drog, což znamená využívat účinné faktory kontinua „přípravné poradenství – léčba – následná péče
- postupné terapeutické cíle pro redukci rizika – těm, kteří zatím nejsou schopni změnit své chování, jsme povinni poskytnout veškerou pomoc

Účinek není dán předem, ale vždy ho definujeme pro určitou činnost, od níž něco očekáváme. V různých programech primární, sekundární a terciární prevence můžeme účinek definovat různými způsoby:

- optimální kvalita života (klient dlouhodobě abstínuje a je odůvodněně spokojený se svým životem)
- udržení cílového stavu po určitou dobu (klient abstínuje 2 roky po skončení léčby)
- žádoucí změna nebo změny chování (klient sice neabstínuje, ale nedopouští se trestné činnosti)
- optimální průběh péče (klient dokončil léčbu bez relapsu a závažného porušení pravidel)
- indikátory možné změny (klient má náhled, změnil hodnoty). (Kalina, 2003)

V této kapitole také uvádím výsledky dvou výzkumů, které shrnul Radimecký (2006): americký DATOS (Drug Abuse Treatment Outcomes Study) a anglický NTORS (National Treatment Outcomes Research Study) se zaměřily na hodnocení úspěšnosti programů léčby uživatelů návykových látek v dlouhodobém horizontu v rozsahu.

Oba výzkumy potvrdily, že léčba uživatelů drog je účinná, byť ne ve 100 % případů, jak by si asi každý přál. Zhruba 40 % uživatelů drog po absolvování léčby zcela

abstinuje od užívání návykových látek. U zbylých 50-60 % uživatelů drog se díky léčbě podaří alespoň zlepšit jejich zdravotní a sociální stav natolik, že méně vyžadují další odbornou péči. Z výzkumu vyplynula závažnost zdravotních a sociálních problémů (Radimecký, 2006)

2.4.1. Účinné faktory v terapeutické komunitě

Kooyman (1993; in Kalina, 2008) formuluje 15 léčebných faktorů v terapeutické komunitě:

- terapeutická komunita jako náhradní rodina
- sjednocující filosofie
- terapeutická struktura
- rovnováha mezi demokracií, terapií a autonomií jednotlivce
- sociální učení prostřednictvím sociální interakce
- učení prostřednictvím krizí
- terapeutický dopad všech aktivit na komunitu
- zodpovědnost klientů za jejich chování
- zvyšování sebeúcty cestou vlastního přičinění
- zvnitřnění pozitivního žebříčku hodnot
- konfrontace
- pozitivní tlak vrstevníků
- učení porozumět svým emocím a vyjadřovat se
- změna negativních postojů k životu v postoje pozitivní
- zlepšení vztahů s původní rodinou

2.4.2. Účinné faktory psychoterapie

Účinné faktory psychoterapie jsou terapeutem navozené děje, které způsobují u klienta či v jeho nejbližším sociálním prostředí změnu, která je v přímé souvislosti s jednáním terapeuta (Vymětal, 2010). Kalina (2013) říká, že je výzkumně ověřeno, že psychoterapie účinkuje, že je schopná navodit změnu. Pro představu uvádím účinné faktory psychoterapie dle několika autorů:

Kratochvíl (2006) uvádí pět účinných faktorů společných pro různé psychoterapie:

- vztah mezi pacientem a terapeutem – pacient má k terapeutovi důvědu a očekává od něj pomoc, terapeut má rozvinutou schopnost emaptie a pacienta akceptuje;

- výklad poruchy – umožňuje pacientovi porozumět svým symptomům, sám sobě a svým problémům;
- emoční uvolnění, abreakce, katarze – pacient ventiluje minulé traumatizující zážitky i současné starosti s příslušnými emocemi;
- konfrontace s vlastními problémy – pacient se přestane vyhýbat problémům a situacím, které nezvládal
- posilování žádoucího chování – terapeuti posilují svými slovy a jednáním žádoucí chování pacienta a pomáhají k odstanění chování nežádoucího.

Vymětal (2010; in Kalina, 2013) rozlišuje nespecifické a specifické účinné faktory psychoterapie.

Nespecifické faktory:

- důvoryhodnost a jasná struktura celkové situace terapie
- akceptace, empatie, autenticita a kongruence terapeuta (osobní vlastnosti a chování, které odpovídají rogerovskému pojetí psychoterapie)
- důvěra klienta v terapeuta, klientovo pozitivní vyladění a očekávání zlepšení
- získávání porozumění, přehledu a kontroly, zvyšování klientovi motivace
- sebeexplorace, schopnost introspekce
- vzájemná náklonnost a respekt ve vztahu mezi terapeutem a klientem
- dodávání informací, učení

Specifické faktory:

- náhled, kognitivní korektivní zkušenost, pravdivé sebepoznání
- emoční abreakce, katarze, emocionální korektivní zkušenost
- změna chování dosahovaná různými formami učení

Na závěr uvádím nespecifické transteoretické účinné faktory dle Prochasky a Norcross (1999):

- pozitivní očekávání;
- terapeutický vztah;
- hawthornský efekt;

Další faktory představují specifické příspěvky jednotlivých psychoterapeutických směrů k procesu změny:

- zvyšování vědomí;
- katarze, korektivní emoční zkušenost;
- vybírání;
- podmiňování podnětu a manipulace s následky.

2.4.3. Sociální faktory v léčbě závislosti

Sociální úroveň se zaměřuje na kontext, ve kterém se vše děje: všímá si vlivů vztahů s okolím, které formulují zrání jedince. Tyto vlivy zahrnují širokou škálu, jako je: rasová příslušnost, společenský status rodiny aj. (Kudrle, 2003)

Sociální pomoc by měla reagovat na specifické potřeby pacientů v různých oblastech jejich života (právní konzultace, pracovní oblast, zdravotní záležitosti, výživa, výchova dětí apod.). Kromě praktické užitečnosti takového poradenství se tak navíc posiluje terapeutický vztah, protože pacient cítí, že léčba zahrnuje i pomoc v oblastech, které on považuje za důležité. Souběžně s tím musí ovšem probíhat léčba orientovaná k překonání závislosti, jinak by taková pomoc neměla valnou cenu (Nešpor, Moderní léčba návykových nemocí).

Mezi sociální faktory a situace, které vznik závislosti usnadňují patří fetující party, rozvrácené rodiny, nedostatek péče od rodičů u dětí, osamělost, kriminální subkultura aj (Fišerová, 2000)

2.4.4. Účinné faktory substituční léčby

Substituční léčba je účinná pro pacienty i pro společnost s ohledem na celou veřejnost, veřejné zdraví a veřejné výdaje. Existují důkazy o tom, že substituční léčba, zvláště metadonová, pomáhá:

- zlepšovat veřejné zdraví;
- snížit kriminalitu spojenou s dovozem, výrobou a poptávkou nelegálních drog;
- snížit výdaje na sociální péči o uživatele drog a jejich rodinné příslušníky.

I když se většina důkazů o substituční léčbě zabývala především metadonem, přibývá také důkazů o významu jiných léků – zejména buprenorfinu. Substituční terapie zlepšuje fyzický stav pacienta tím, že mu pomáhá:

- zůstat naživu;
- přestat užívat nelegální drogy nebo je užívat v menším množství;

- vyměnit nečisté nelegální drogy za farmaceutické léky o lepší kvalitě;
- změnit způsob užívání drogy;
- udržovat kontakt s odbornými službami (Verster a Buning, 2003).

Zatím ovšem nebyly zkoumány faktory účinnosti léčby specificky pro substituční léčbu.

3. Výzkumná část

3.1. Cíl

Tato práce si primárně klade za cíl zjistit, jaké faktory jsou pro klienty substitučních zařízení potřebné k tomu, aby setrvali v léčbě a stali se tak dlouhodobě stabilizovanými. Dále zkoumá dle délky v programu preferenci intervencí, spokojenost, užívání jiných omamných a psychotropních látek, zdravotní komplikace, zdroje obživy a vliv rodiny či přátel na léčbu.

Práce se zabývá faktory účinnosti jako celkem, ale převážně i mírou důležitosti sociálních faktorů, které bývají v této složce systému péče opomíjeny, proto je převážná část otázek v dotazníku zaměřena právě tímto směrem (podrobněji viz kapitola 3.2.)

Předpokládám, že po vyhodnocení výsledků se mi tyto faktory povede stanovit a jejich zjištění bude podnětem k zamyšlení a dalšímu zkoumání, na jaké oblasti či problémy se u klientů v jednotlivých fázích léčby zaměřit, aby se zvýšila účinnost léčby a také snížila pravděpodobnost drop-outu.

Výzkumná otázka pro tuto práci zní:

Jaké faktory potřebují klienti pro setrvání v léčbě?

Na základě výzkumných otázek byly stanoveny následující hypotézy:

Hypotéza č. 1: Domnívám se, že polovina respondentů bude kromě substitučního preparátu užívat OPL.

Hypotéza č. 2: Pro většinu respondentů bude nejdůležitější intervencí práce s rodinou.

Hypotéza č. 3: Předpokládám, že pro více než polovinu klientů bude pro setrvání v léčbě podstatná dostupnost zařízení.

Hypotéza č. 4: Předpokládám, že alespoň pro třetinu respondentů bude v léčbě důležitá podpora ze strany rodiny.

3.2. Metodika

Jde o kvantitativní výzkum, který byl realizován formou dotazníkového šetření ve třech substitučních zařízeních ve středočeském kraji - ambulantní zařízení CADAS SANANIM, zdravotnické zařízení REMEDIS, s.r.o. a psychiatrická ambulance Magdaléna v Kolíně.

Dotazník, který byl vytvořen specificky pro účely této bakalářské práce, byl složen z 22 uzavřených i otevřených otázek, které se týkaly následujících oblastí:

První tři otázky se týkaly základních sociodemografických údajů a to pohlaví a věku a třetí otázka byla zaměřena na bydliště dle vzdálenosti od substitučního zařízení. Další čtyři otázky byly zaměřeny na zkušenosti se substituční léčbou obecně a délku ve stávajícím substitučním programu. Následovaly tři otázky týkající se fyzických a psychických obtíží. Dalších devět otázek zjišťovalo sociální stránku, tedy: zdroj obživy, rodinný stav a spolubydlení, přičemž následující trojice otázek navazovala na užívání OPL jak u spolubydlících, tak u samotného klienta. Poslední trojice otázek se zajímala o spokojenost ve stávající substitučním zařízení či léčbě. Data byla sbírána v průběhu měsíců května a června.

Výzkumný soubor tvoří 84 respondentů. Celkem bylo odebráno 95 dotazníků, z nichž 11 bylo vyplněno neúplně a nemohlo být tudíž využito k hodnocení.

Muži	Ženy
5	9

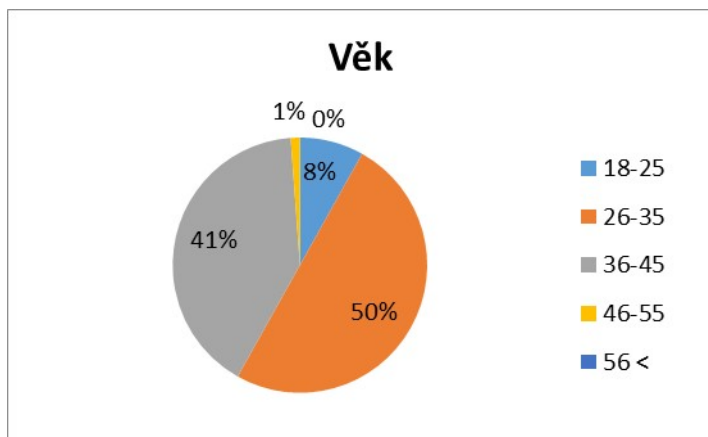
Data byla sbírána metodou příležitostného výběru, kdy byli osloveni všichni klienti vybraných substitučních programů, kteří v dané době navštívili zařízení, bez ohledu na věk, délku v programu či typu substitučního preparátu. Výsledky dotazníkového šetření byly zaneseny do tabulek v programu Microsoft Excel, zpracovány metodami deskriptivní statistiky a graficky znázorněny. Následně byly také hledány souvislosti mezi jednotlivými proměnnými.

V úvodu dotazníku byli respondenti informováni o cíli výzkumu a byli ujištěni, že jeho vyplnění je zcela anonymní a potřebné pouze pro účel této bakalářské práce. Byli také poučeni o tom, že vyplnění nebude mít žádný vliv na jejich léčbu ve stávajícím zařízení a že z výzkumu mohou kdykoliv odstoupit.

3.3. Výsledky

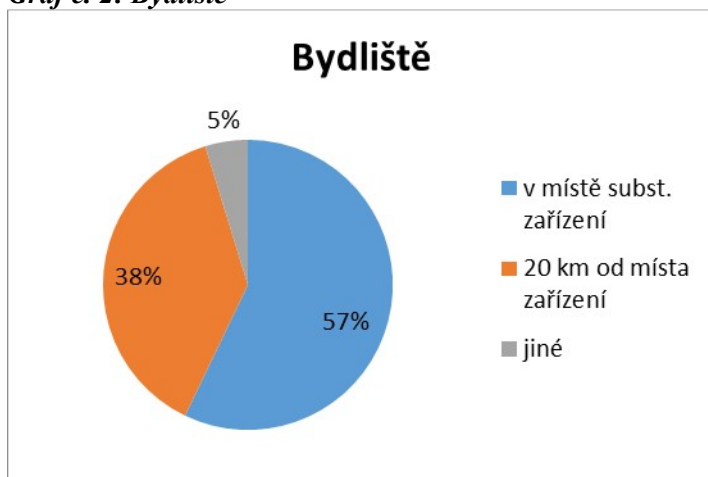
Graf č. 1 znázorňuje věkové rozložení respondentů. Nejmladšímu účastníkovi bylo 18 let a nejstaršímu 50 let, obě byly ženy. Největší zastoupení zde má věková kategorie 26 – 35 let, kterou tvoří 43 respondentů (50 %). Poté následuje věková kategorie 36 – 45 let, s 35ti respondenty (41 %). Nejmenší zastoupení má věková kategorie 46 – 55 let s pouhým jedním respondentem a nulové zastoupení nese kategorie nad 56 let.

Graf č. 1: Věk



Výzkum byl proveden ve třech zařízeních – ambulantní zařízení CADAS SANANIM, zdravotnické zařízení REMEDIS, s.r.o. a psychiatrická ambulance Magdaléna v Kolíně. Z důvodu toho, že se výše zmíněná zařízení nenachází v jednom městě, se otázka týkající se bydliště zaměřovala na to, zda klienti žijí v okolí zařízení nebo zda musí dojíždět. Z grafu č. 2 je tedy zřejmé, že 48 klientů (57 %) žije v místě, kde se nachází jejich zařízení a 32 klientů (38 %) musí do svého zařízení dojíždět. 4 klienti uvedli, že jejich bydliště je vzdálené od zařízení více než 20 kilometrů.

Graf č. 2: Bydliště



Otázka patrná v grafu č. 3 se týká toho, zda je pro respondenty dostupnost zařízení důležitá či nikoliv. 58 respondentů (69 %) uvedlo, že dostupnost je pro jejich léčbu podstatná a pro 26 respondentů (31 %) nikoliv.

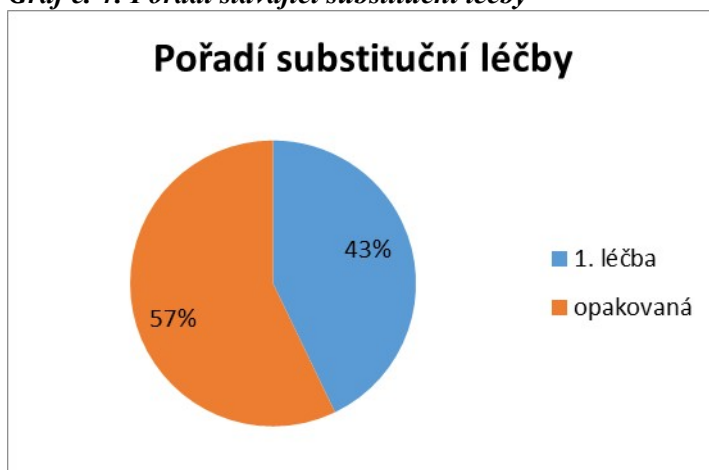
Vezmeme – li v potaz výsledky z grafu č. 2, který zkoumal vzdálenost bydliště respondentů od jejich substitučního zařízení, kde 57 % respondentů uvedlo bydliště v místě zařízení a přes 38 % nikoliv, mohly by se výsledky podílet také na spokojenosti a případném vypadnutí z léčby

Graf č. 3: Důležitost dostupnosti zařízení pro léčbu



Cílem následující otázky, jejíž výsledek je patrný v grafu č. 4, bylo zjistit, kolik substitučně orientovaných léčeb mají respondenti za sebou. 36 respondentů (43 %) uvedlo, že stávající substituční léčba je jejich první a pro 48 respondentů (57 %) byla stávající léčba opakovaná. Dále se tímto rozdělením budu zabývat v grafech 6 a 7.

Graf č. 4: Pořadí stávající substituční léčby

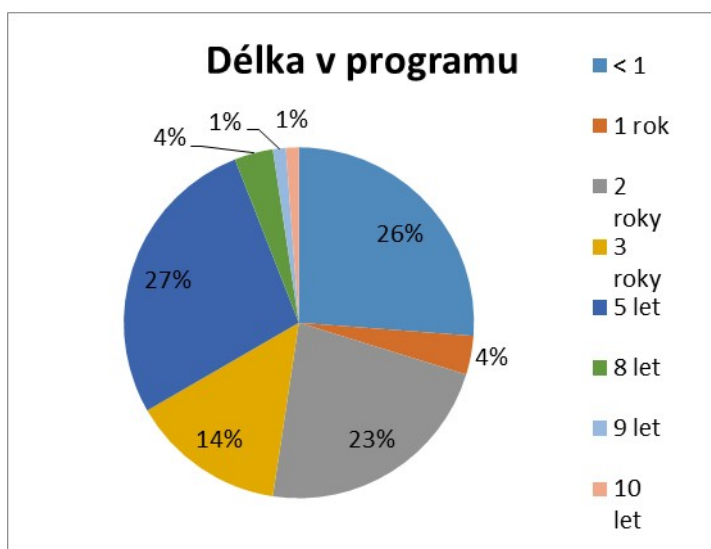


Graf č. 5 popisuje setrvání ve stávajícím substitučním programu kde je také zřejmé, že se jednotlivé délky od sebe tolik neliší. Nejvíce respondentů, konkrétně 23 (27 %) je v léčbě již 5 let. Poté následuje délka v programu kratší než 1 rok, jež uvedlo 22

respondentů (26 %). 2 roky v léčbě přiznalo 23 %, což odpovídá 19ti respondentům. V těsné blízkosti následují 3 roky v programu s 12ti respondenty (14 %). Nejnižší zastoupení, konkrétně 4% a 1% mají respondenti, kteří v programu setrvávají rok a 8 let (4 %), 9 let a 10 let (1 %).

Pro další účely, tedy porovnávání jednotlivých proměnných s délkou v substitučním programu, jsem respondenty rozdělila na: respondenty s léčbou delší než 1 rok „dlouhodobé“ (59; 70 %) a kratší než 1 rok „krátkodobé“ (25; 30 %).

Graf č. 5: Délka ve stávajícím substitučním programu

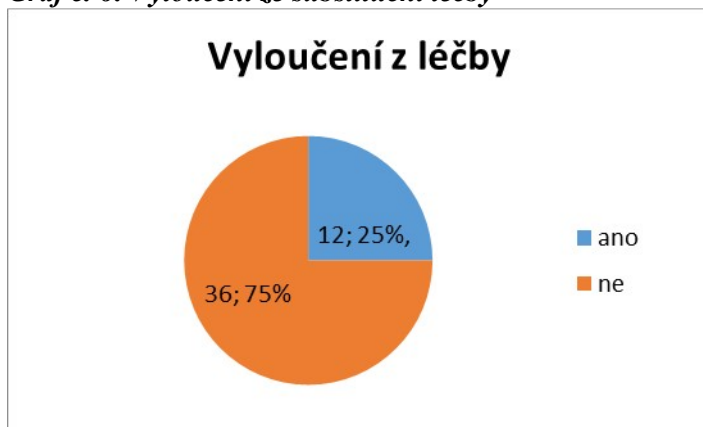


Následující 2 grafy zjišťují skutečnost, zda byli respondenti z nějaké jiné substituční léčby vyloučeni či zda z ní sami odešli. V obou případech nebyl zjišťován důvod.

Výsledky, které jsou patrné v obou grafech, byly stanoveny z odpovědí těch respondentů, pro které stávající substituční léčba není první léčbou (viz. graf č. 4). Vycházíme tedy z odpovědí 48 respondentů.

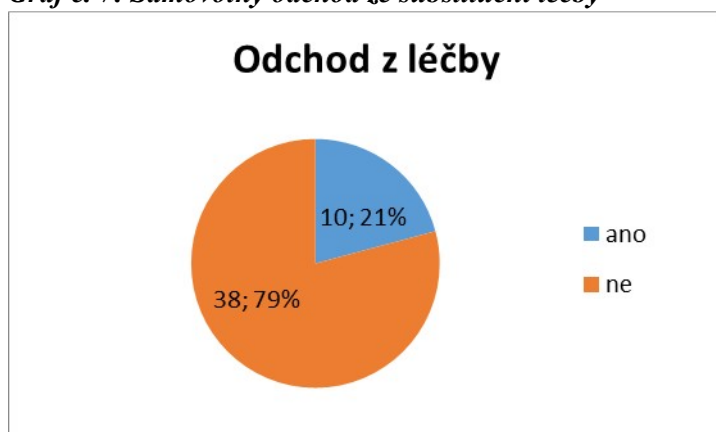
Graf č. 6 ukazuje, že 12 z nich (25 %) bylo již někdy z podobné léčby vyloučeno.

Graf č. 6: Vyloučení ze substituční léčby



Samovolně z léčby dle grafu č. 7 odešlo 10 respondentů (21 %) a zůstala převážná většina dotazovaných, tedy 38 (79 %).

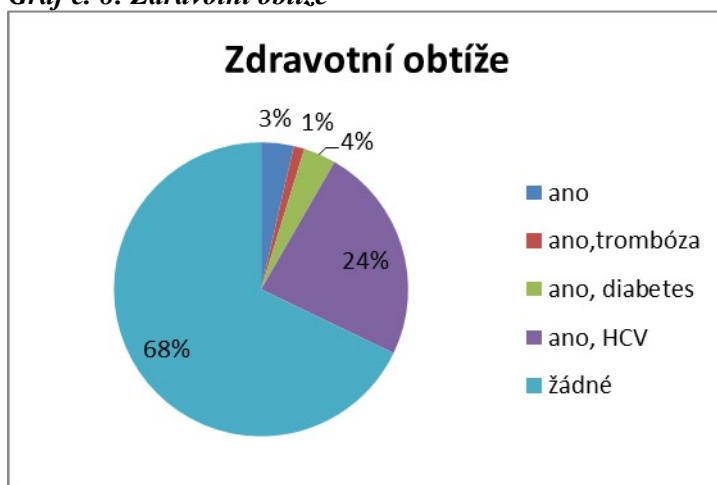
Graf č. 7: Samovolný odchod ze substituční léčby



V otázce týkající se zdravotních obtíží byla záměrně vynechána nabídka možností infekčních onemocnění či jiných zdravotních komplikací, aby došlo k zamezení strachu klientů a nemělo tak vliv na další vyplňování. U odpovědi ANO byl ponechán volný řádek pro odpověď dle uvážení každého. V grafu č. 8 je vidět, že 3 respondenti specifikaci svých zdravotních obtíží neuvedli.

Výsledky jsou tedy následující: 57 respondentů (68 %) neuvedlo žádné zdravotní obtíže či komplikace, žloutenku typu C uvedlo 20 respondentů (24 %), následoval diabetes mellitus 1. typu u 3 respondentů (4 %), jeden uvedl zánět žil na DK, trombózu a 3 respondenti (3 %) uvedli výskyt zdravotních obtíží, ovšem bez bližší specifikace.

Graf č. 8: Zdravotní obtíže

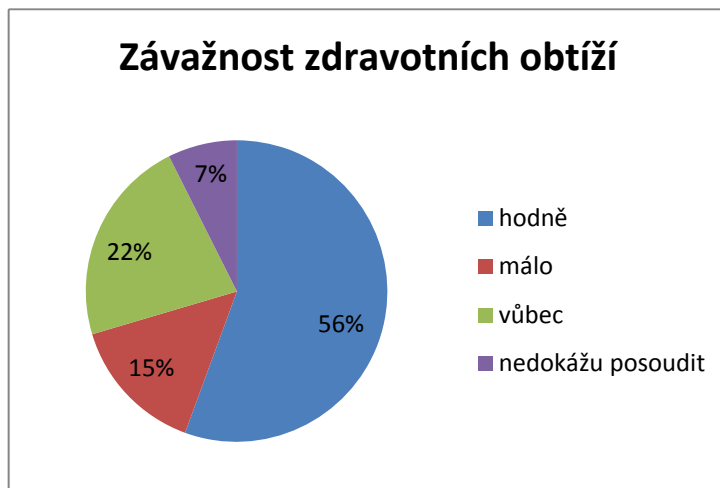


Následující otázka měla za úkol posoudit a zhodnotit míru závažnosti zdravotních komplikací, které respondenti uvedli v předchozím grafu (viz. graf č. 8). Výsledek patrný v grafu č. 9 byl tedy vytvořen z 27 odpovědí potvrzujících přítomnost zdravotních komplikací.

Jak je zřejmé, téměř polovina dotazovaných (56 %) uvedla, že zdravotní obtíže jsou pro ně obtěžující. Ovšem našli se i tací (22 %), pro které tato skutečnost obtěžující není. 4 respondenti uvedli, že zdravotní komplikace jsou pro ně málo závažné a 2 tuto situaci nedokáží posoudit.

Pro lepší zhodnocení je v tabulce č. 1 znázorněna míra komplikace zdravotních obtíží podle délky v substitučním programu, kde je vidět, že se výsledky podobají. 54 % krátkodobých dotazovaných uvedlo důležitost zdravotních komplikací oproti 56 % respondentů, kteří jsou v programu dlouhodobě. Vůbec své zdravotní problémy neřeší 26 % dlouhodobých a 37 % „krátkodobých“ respondentů.

Graf č. 9: Míra závažnosti zdravotních obtíží



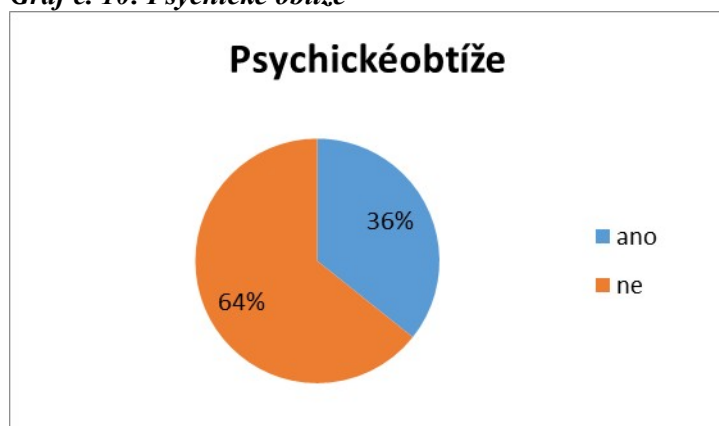
Tabulka č. 1: Popis důležitosti zdravotních obtíží dle délky v substitučním programu

	Více než 1 rok	Méně než 1 rok	Více než 1 rok (%)	Méně než 1 rok (%)
Hodně	9	6	56	54
Málo	3	1	18	9
Vůbec	4	4	26	37
Nedokážu posoudit	1	0	7	0

Další otázka následuje v grafu č. 10 a zabývá se psychickými obtížemi respondentů. Cílem otázky bylo zjistit, kolik respondentů se kromě substituční léčby léčí také pro obtíže tohoto typu.

Z výsledku vyplývá, že 30 dotazovaných (36 %) do svého zařízení dochází kromě podávání substitučního preparátu také kvůli psychickým obtížím, a pro 54 respondentů (64 %) je primární podávání substitučního preparátu.

Graf č. 10: Psychické obtíže

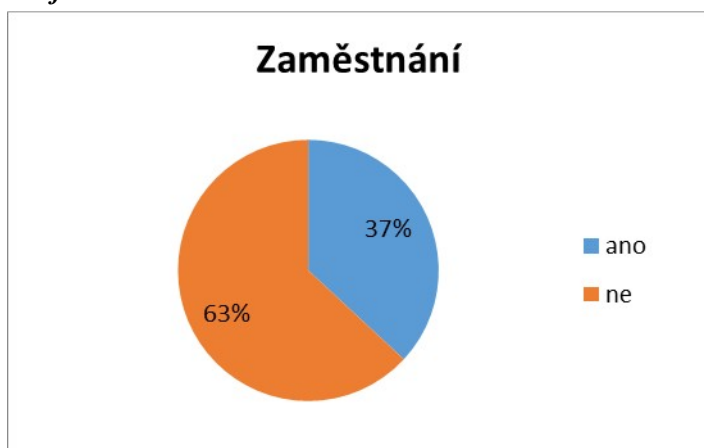


Následuje několik grafů, které se zabývají sociální stránkou respondentů, jejichž výsledky jsou pro nás důležité.

Následující 3 grafy (graf 11, 12 a 13) se zabývají o zaměstnanost. Graf č. 11 má za úkol zjistit, zda mají respondenti v současné době nějaké zaměstnání, přičemž v této otázce nebyl zjišťován typ úvazku (plný, částečný, nelegální).

Výsledek je takový, že 31 dotazovaných (37 %) uvedlo, že zaměstnání mají a 53 (63 %) označilo odpověď NE, tedy bez zaměstnání.

Graf č. 11: Zaměstnání



Graf č. 12 znázorňuje zdroj obživy u respondentů substitučních zařízení. Tato otázka byla do dotazníku zařazena informativně, aby ověřila skutečnost, zda se odpovědi z předchozí otázky (graf č. 11) budou shodovat. Jejím cílem tedy bylo ověřit validitu odpovědi u předchozí otázky, ale i zmapovat sociální situaci respondentů bez ohledu na délku v substitučním programu.

Výsledky ukazují, že největší zastoupení v této otázce měly samotné sociální dávky, které uvedlo 31 respondentů (37 %). Následovalo zaměstnání, jež označilo 29 respondentů (35 %). V návaznosti na předchozí otázku, kde výsledkem bylo 31 zaměstnaných, (graf č. 12) můžeme tedy vidět, že se počet zaměstnaných liší o 2 respondenty, což je dáno tím, že 2 respondenti (4 %) kromě zaměstnání uvedli také odpověď „nezákonné zdroje“. Jako dalším zdrojem obživy byla finanční podpora od rodiny či přátel, jež uvedlo 7 respondentů (8 %). Ihned následovala nemocenská či důchod se 6ti respondenty (7 %) a zdroj obživy ze sociálních dávek spolu s podporou rodiny (6 %). 3 respondenti (4 %) uvedli, že si vydělávají na brigádách. 2 respondenti uvedli, že spolu se zaměstnáním si přivydělávají i z nezákonných zdrojů, jak již bylo řečeno a pouze 1 označil odpověď „nezákonné zdroje“ jako svým jediným zdrojem obživy.

Za vydělávání z nezákonných zdrojů by mohlo, vzhledem k tématu, být nelegální distribuce buprenorfinu či jiných látek získaných v zařízení na černém trhu nebo pěstování a prodej marihuany.

Graf č. 12: Nynější zdroj obživy



Následující otázka (graf č. 13) měla sloužit jako doplňující pro předchozí 2 (graf č. 11 a 12) a jejím cílem bylo zjistit, zda začátek či průběh stávající substituční léčby nějakým způsobem ovlivnil profesní kariéru/postavení respondentů. U odpovědi ANO jsem nechala, v případě souhlasu, volný řádek pro bližší specifikaci.

Výsledkem je skutečnost, že 22 dotazovaných (26 %) souhlasilo s tím, že substituční léčba ovlivnila jejich profesní kariéru či postavení, ovšem bez uvedení bližší specifikace. Pouze 2 uvedli následující: „práce mi pomáhá v abstinenci“ a „mám tu samou pozici.“

Graf č. 13: Vliv substituční léčby na profesní postavení



Zdroj obživy se může lišit podle délky v substitučním programu, což může být jedním z ukazatelů toho, na co se u klientů dle délky v programu zaměřit, a to také ve srovnání s preferencí nabízených intervencí. Cílem této tabulky bylo zjistit situaci týkající se finančních zdrojů respondentů dle délky v substitučním programu a na základě toho vyvodit určité výsledky.

Ačkoliv se výsledky z uvedených kategorií moc neliší, markantní je rozdíl pouze u dvou, a to: zaměstnanost u „dlouhodobých“ respondentů a finanční podpora pomocí sociálních dávek, která je vyšší u respondentů „krátkodobých“. 44 % „dlouhodobých“ respondentů má statut „zaměstnan“ oproti 12 % respondentům, kteří jsou v programu méně než 1 rok.

U druhé kategorie týkající se sociálních dávek uvedlo jejich pobírání více „krátkodobých“ respondentů, konkrétně 48 %, oproti 32 % „dlouhodobých“.

Další rozdíl je viditelný u kategorie finanční pomoci od rodiny/partnera, jež využívají více „dlouhodobí“ respondenti, a to v 10 %. Dalo by se předpokládat, že tito jsou v léčbě rodinou a blízkými podporováni a nestydí se tak požádat o pomoc oproti „krátkodobým“ respondentům, kteří svojí pozici v rodině nemusí mít ze začátku léčby tak dobrou.

Tabulka č. 2: Popis zdroje obživy podle délky v substitučním programu

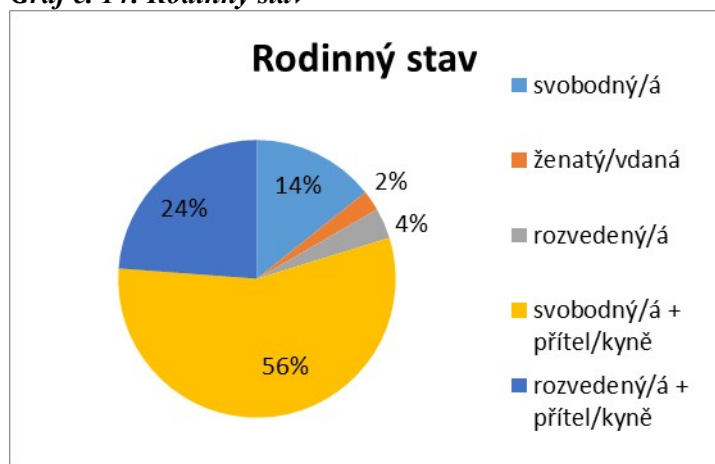
	Více než 1 rok	Méně než 1 rok	Více než 1 rok (%)	Méně než 1 rok (%)
Zaměstnání	26	3	44	12
Zaměstnání + nezák. zdr.	1	1	2	4
Dávky	19	12	32	48
Dávky + rodina	3	2	5	8
Nemocenská/důchod	3	3	5	12
Partner/rodina	6	1	10	4
Brigády	1	2	2	8
Nezákonné zdroje	0	1	0	4

Následující 4 grafy se zabývají sociálními vazbami a vztahy, jelikož jejich budování a udržování je také předmětem substituční terapie a dalo by se předpokládat i faktorem úspěšnosti, jelikož zvládání zátěžových situací jde mnohem lépe za podpory a pomoci blízkých osob.

Otázka týkající se rodinného stavu byla do dotazníku zařazena pro získání informace jaká kategorie většinou převažuje, i když výsledek nemusí korespondovat s obecně platnými závěry, které zatím nebyly celoplošně zkoumány.

Z grafu č. 14 je patrné, že většina respondentů (56 %) je svobodných a nyní má partnera. Poté následuje kategorie rozvedených respondentů také s partnerem (24 %). 14 % respondentů je svobodných a v současné době bez partnera. Drtivá menšina (4 %) uvedla stav „rozvedený/á“ a ihned v závěsu následují 2 % respondenti, kteří jsou v manželství.

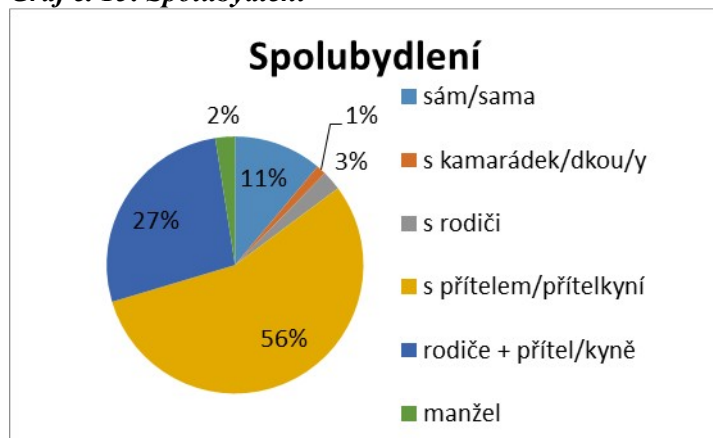
Graf č. 14: Rodinný stav



Graf č. 15. uvádí výsledky týkající se spolubydlení, přičemž cílem této otázky bylo zmapovat stávající situaci respondentů, která z předchozí otázkou (graf č. 14) úzce souvisí a pro terapii a stabilizaci je jednou z nejdůležitějších. Tak, jako z rodinného vztahu lze vycházet v terapii, tak i na této složce lze postavit účinnou léčbu, jelikož jakýkoliv člověk či skupina lidí s nimiž jedinec sdílí prostor (i když se nemusí jednat o rodinného příslušníka) ho může vědomě či nevědomě ovlivňovat.

Dalo by se říci, že výsledky korespondují s otázkami zaměřenými na rodinný stav. Převážná většina, tedy 45 respondentů (56 %) uvedla soužití se svým partnerem, přičemž 22 respondentů kromě partnera sdílí prostor i s rodiči. 9 respondentů (11 %) žije samo, přičemž tato kategorie se s rozdílem tří respondentů shoduje s počtem svobodných respondentů. Pouze 2 respondenti uvedli soužití s rodiči a totéž s manželi. 1 respondent bydlí s kamarádkou/dem/dy.

Graf č. 15: Spolubydlení



Otázka týkající se užívání OPL osobou, se kterou sdílí respondent bydliště je také klíčová pro průběh terapie. Pokud bychom vycházeli z faktu, že jednou z příčin vzniku závislosti může být přilnutí k některé sociální skupině ve snaze vyrovnat se jí, může i následná léčba závislosti s tímto faktem souviset.

Graf č. 16 znázorňuje procentuelní vyjádření toho, kolik respondentů je v každodenním kontaktu s uživateli OPL. Z výsledků vyplývá, že 23 respondentů (27 %) žije se spolubydlícím „uživatelem“ a 61 respondentů (73 %) uvedlo, že jejich spolubydlící OPL neužívá. V této otázce nebyly zjišťovány konkrétní omamné a psychotropní látky, frekvence užívání ani případná závislost.

Graf č. 16: Užívání OPL spolubydlícím



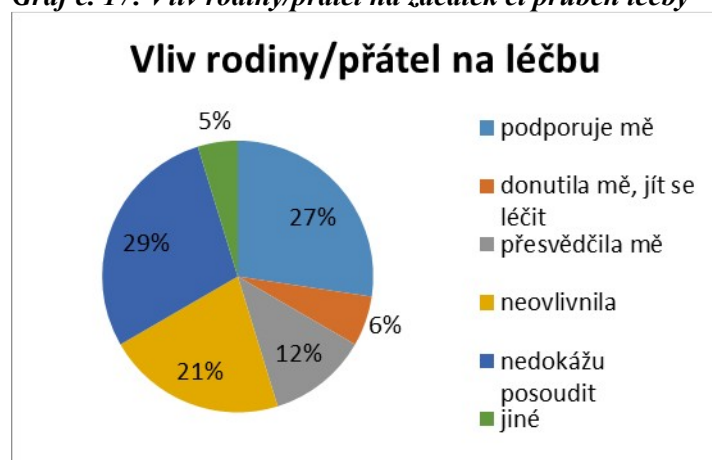
Cílem následující otázky (graf č. 17) bylo zjistit, z pohledu respondenta, jaký vliv měla rodina na začátek nebo průběh jeho léčby. Z tohoto grafu by se také dal vydedukovat možný vztah respondenta k rodině ovšem v případě, kdybychom měly výsledky z obou stran.

Z grafu vyplývá, že 24 respondentů (29 %) nedokáže posoudit, zda rodina či blízcí nějakým způsobem ovlivnili jejich léčbu. 23 respondentů (27 %) uvedlo plnou podporu od

rodiny či přátel a 18 respondentů (21 %) přiznalo, že rodina jejich léčbu neovlivnila. 10 respondentů (12 %) si myslí, že je rodina přesvědčila k léčbě a 5 respondentů (6 %) vnímá léčbu jako donucení. Pouze 4 respondenti neuvedli žádnou možnost a do kolonky „jiné“ písemně sdělili, že ho rodina odmítá.

Pro lepší zhodnocení této otázky slouží tabulka č. 3, která znázorňuje výše zmíněné výsledky dle odpovědí respondentů na základě jejich délky v programu. Co se týče odpovědi „dlouhodobých“ respondentů, 36 % z nich vnímá podporu od rodiny či blízkých oproti 8 % respondentům, kteří jsou v léčbě méně než rok. 2 % „dlouhodobých“ respondentů uvedlo, že ho blízké okolí donutilo k léčbě oproti 16 % respondentům „krátkodobým“. Stejný výsledek je viditelný i v přesvědčení k léčbě, ovšem počet „krátkodobých“ respondentů se zvětšil na 36 %. 25 % „dlouhodobých“ respondentů uvedlo, že jejich léčbu neovlivnil nikdo z blízkých, zatímco z „krátkodobých“ respondentů s tímto názorem souhlasí ve 12 %. Jakýkoliv případný vliv na léčbu nedokáže posoudit 26 % „dlouhodobých“ respondentů a 12 % „krátkodobých“. Odmítání se cítí „krátkodobí“ respondenti v 16 %.

Graf č. 17: Vliv rodiny/přátel na začátek či průběh léčby



Tabulka č. 3: Popis vlivu rodiny na léčbu dle délky v programu

	Více než 1 rok	Méně než 1 rok	Více než 1 rok (%)	Méně než 1 rok (%)
Podporuje mě	21	2	36	8
Donutila mě	1	4	2	16
Přesvědčila mě	1	9	2	36
Neovlivnila	15	3	25	12
Nedokážu posoudit	21	3	26	12
Odmítá mě	0	4	0	16

Užívání omamných a psychotropních látek v průběhu substituční léčby je důležitým ukazatelem spokojenosti a může poukazovat na respondentova očekávání nebo potvrdit

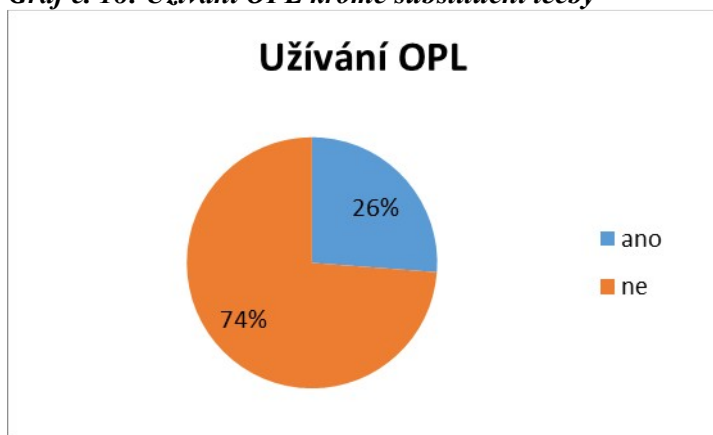
jeho cíle, proto byla tato otázka zařazena do dotazníku. Jejím cílem bylo zjistit, kolik respondentů kromě substitučního preparátu užívá omamné a psychotropní látky a jejich odpovědi byly také rozděleny dle délky v programu.

Z grafu č. 18 je patrné, že z celkového počtu respondentů se jich 22 přiznalo k užívání omamných a psychotropních látek kromě substitučního preparátu. Většina, tedy 62 respondentů (74 % tuto skutečnost popírá.

Tabulka č. 4 poukazuje na rozdělení tohoto jevu dle délky v programu. „Krátkodobí“ respondenti ve 56 % uvedli užívání omamných a psychotropních látek v průběhu léčby, oproti 14 % „dlouhodobým“. Abstinenci od omamných a psychotropních látek uvedlo 44 % „krátkodobých“ a 86 % „dlouhodobých“ respondentů.

V grafu č. 19 jsou pro přehled uvedeny omamné a psychotropní látky, k jejichž užívání se přiznalo 22 respondentů – 14 „krátkodobých“ a 8 „dlouhodobých“. Největší zastoupení zde mají konopné drogy, které užívá 19 respondentů (86 %). 2 respondenti uvedli užívání pervitinu a 1 respondent označil charakteristiku „jiné“ bez bližší specifikace.

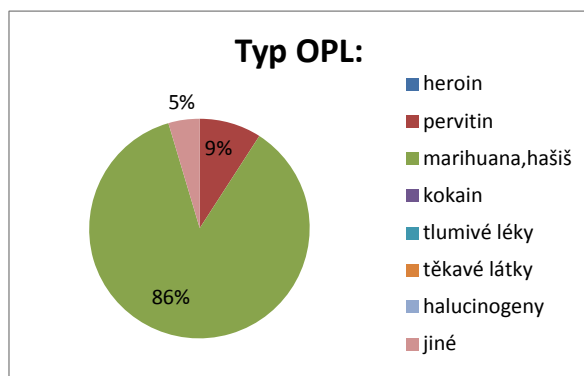
Graf č. 18: Užívání OPL kromě substituční léčby



Tabulka č. 4: Popis užívání omamných a psychotropních látek dle délky v programu

	Více než 1 rok	Méně než 1 rok	Více než 1 rok (%)	Méně než 1 rok (%)
Ano	8	14	14	56
Ne	51	11	86	44

Graf č. 19: Typ užívaných omamných a psychotropních látek

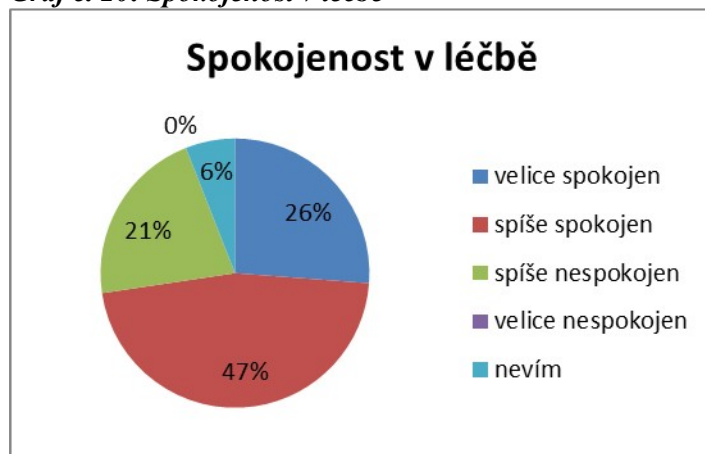


Následující otázka (graf č. 20) je jedna z nejdůležitějších a do dotazníku byla zařazena pro zhodnocení spokojenosti respondentů ve stávající léčbě, kdy výsledek je také souhrnným ukazatelem účinnosti v léčbě dle délky v programu. V této otázce nebyla zjišťována příčina nespokojenosti.

Výsledky ukazují, že největší podíl v míře spokojenosti má charakteristika „spíše spokojen“, jež uvedla skoro polovina respondentů (47 %). Čtvrtina respondentů je v léčbě velice spokojena. Co se týká negativního pocitu z léčby, žádný respondent neuvedl možnost „velice nespokojen“, ale 5 respondentů (6 %) neví. 21 % respondentů je spíše nespokojena.

Co se týče poměru „dlouhodobých“ a „krátkodobých“ respondentů, 66 % „dlouhodobých“ respondentů uvedla charakteristiku „velice spokojen“ oproti 24 % respondentům „krátkodobým“. Spíše spokojeno je naopak více respondentů „krátkodobých“, tedy 52 %. Zajímavé je, že více „dlouhodobých“ respondentů je v léčbě spíše nespokojeno. Průměrná délka v programu těchto klientů je 4,3 let. Netrpí žádnými zdravotními obtížemi, nachází se ve věkové kategorii 26-35 let a dvě z nich jsou ženy. Našli se také tací respondenti, kteří neví.

Graf č. 20: Spokojenost v léčbě



Tabulka č. 5: Popis spokojenosti dle délky v programu

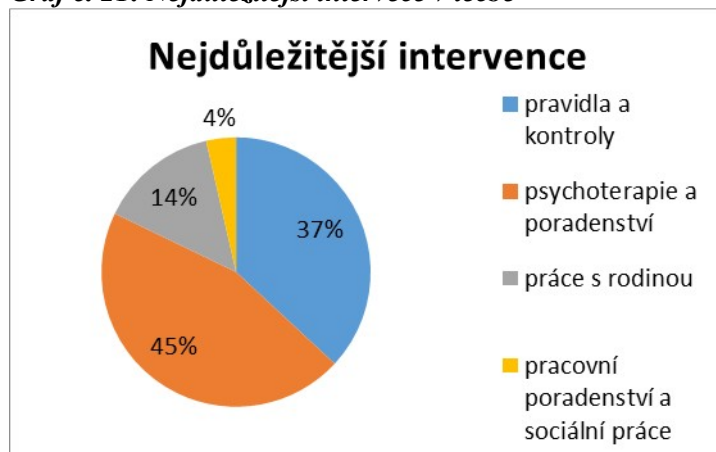
	Dlouhodobá	Krátkodobá	Dlouhodobá (%)	Krátkodobá (%)
Velice spokojen	39	6	66	25
Spíše spokojen	11	13	18	53
Spíše nespokojen	8	3	14	13
Velice nespokojen	0	0	0	0
Nevím	1	3	2	9

Poslední otázka byla do dotazníku zařazena s cílem zjistit, která z intervencí je pro respondenty kromě podávání substitučního preparátu, který byl brán jako samozřejmostí, důležitá a také na základě zhodnocení dle délky v programu vyvodit podstatné závěry.

Z celkového výsledku vyplývá, že nejdůležitější složkou je pro respondenty psychoterapie a poradenství (45%), za níž následují pravidla a kontroly (37 %). Ve 14 % je to práce s rodinou a nejnižší zastoupení má pracovní poradenství a sociální práce (4 %). Je zřejmé, že nejdůležitější pro respondenty je možnost o svém problému hovořit a nalézat řešení a zároveň také být tímto pod odbornou kontrolou. Zajímavý je nízký výsledek pracovního poradenství a sociální práce v porovnání se zaměstnaností respondentů, která je 37%. Ani práce s rodinou nedosáhla takového výsledku, který by výrazně korespondoval s grafem č. 20, kde je viditelné, že podpora blízkých nedosahuje ani poloviny. Respondenti i přesto upřednostňují výše zmíněné složky.

Co se týče srovnání dle délky v programu je viditelné, že většina „dlouhodobých“ (46 %) i „krátkodobých“ (44 %) respondentů upřednostňuje psychoterapii a poradenství před ostatními intervencemi. Poté následují pravidla a kontroly, práce s rodinou a pracovní poradenství.

Graf č. 21: Nejdůležitější intervece v léčbě



Tabuka č. 6: Popis priority intervencí dle délky v programu

	Více než 1 rok	Méně než 1 rok	Více než 1 rok (%)	Méně než 1 rok (%)
Pravidla a kontroly	24	7	40	28
Psychoterapie a porad.	27	11	46	44
Práce s rodinou	7	5	12	20
Prac. por. a soc. práce	1	2	2	8

Na závěr výsledků shrnuji hypotézy (viz. kap. 3.1) stanovené pro tento výzkum:

Hypotéza č. 1: Domnívám se, že polovina respondentů bude kromě substitučního preparátu užívat omamné a psychotropní látky.

Tato hypotéza se nepotvrdila, jelikož omamné a psychotropní látky bez ohledu na délku v programu užívá pouze čtvrtina respondentů.

Hypotéza č. 2: Pro většinu respondentů bude nejdůležitější intervencí práce s rodinou. Následující hypotéza se taktéž nepotvrdila. Pro respondenty je nejdůležitější složkou psychoterapie a poradenství. Práce s rodinou se umístila až na předposledním místě.

Hypotéza č. 3: Předpokládám, že pro více než polovinu klientů bude pro setrvání v léčbě podstatná dostupnost zařízení.

Hypotéza č. 3 se potvrdila. Pro 69 % respondentů je dostupnost zařízení podstatná.

Hypotéza č. 4: Předpokládám, že alespoň pro třetinu respondentů bude v léčbě důležitá podpora ze strany rodiny.

Poslední hypotéza se také potvrdila. Podpora od rodiny je důležitá pro 27 % respondentů.

3.4. Diskuze

Podstatný problém, který stojí v tomto výzkumu za zmínku je skutečnost, že výsledky se odvíjí pouze od odpovědí respondentů – tedy od toho, na co nahlízejí, co přiznají či nikoliv, a to i v případě vysvětlení, že se jedná o anonymní výzkum a tudíž jejich účast nebude mít žádný vliv na léčbu. Z tohoto důvodu je nutno počítat s faktem, že výsledky mohou být zkreslené.

Vzhledem k velikosti výzkumného souboru a množství zařízení, kde byl výzkum realizován, nelze zjištěné výsledky aplikovat na celou populaci klientů substitučních zařízení. Ovšem věkové zastoupení ve výzkumu, až na jinak zvolené dekády, koresponduje s věkovou distribucí osob v Registru substituční léčby v r. 2013.

Pro lepší validitu a také ověřitelnost výsledků bych doporučila provést výzkum na základě polostrukturovaných rozhovorů nebo fokusové skupiny, kdy by klienti mohli samostatně rozmlouvat a odpovědi by tak byly mnohem specifičtější. Dobré by bylo také tento výzkum provést mezi dlouhodobými klienty substitučních zařízení a těmi, kteří z léčby vypadli.

Výsledky toho výzkumu by měly sloužit jako podnět k zamyšlení, co je pro klienty důležité a na co se v terapii zaměřit aby se předešlo vypadnutí z léčby, a to buď na základě vyloučení, nebo samovolného odchodu.

Pokud se zaměříme na výsledky týkající se jednotlivých faktorů, u kterých byly porovnávány odpovědi krátkodobých a dlouhodobých klientů, je viditelné, že jejich potřeby a preference se v několika faktorech výrazně rozcházejí.

U výzkumu preference jednotlivých intervencí je viditelné, že nejdůležitější složkou, kromě podávání substitučního preparátu, je pro respondenty psychoterapie a poradenství a nejméně respondenti potřebují pracovní poradenství a sociální práce, což ovšem může být výsledek toho, že se jim poradenství v zařízení nedostává z důvodu absence.

Co se týče užívání omamných a psychotropních látek během léčby, výsledky byly pozitivní. K užívání se celkem přiznala pouhá čtvrtina respondentů, z nichž většina byli respondenti, kteří jsou v léčbě méně než rok. Z výsledků je zřejmé, že pro většinu „dlouhodobých“ respondentů je léčba z hlediska abstinence účinná. Vzhledem k tomu, že mezi vybranými omamnými a psychotropními látkami žádný respondent neuvedl heroin a pouze 2 pervitin dalo by se předpokládat, že respondenti svou léčbu berou vážně, ale

představa abstinence od všech omamných a psychotropních látek je pro ně dočasně nereálná.

Otázka týkající se zdravotních obtíží byla do dotazníku zařazena z důvodu zjištění, jak jsou na tom respondenti po zdravotní stránce. Důvodem zařazení byl fakt, že užívání opiátů, zejména injekční aplikací je rizikové a může způsobit řadu zdravotních obtíží či infekčních onemocnění. Zdravotní problémy uvedla čtvrtina respondentů, z nichž nejčastějšími byly: trombóza, diabetes mellitus a žloutenka typu C. I přes to, že nebyl zjišťován způsob aplikace drog, převážná většina respondentů je v dobré fyzické kondici. Polovina všech respondentů vnímá své obtíže jako hodně obtěžující a pro čtvrtinu nejsou obtěžující vůbec. Nejvíce obtěžující jsou problémy pro „dlouhodobé“ respondenty.

Rozdílné odpovědi dlouhodobých a krátkodobých respondentů lze sledovat také u zdroje obživy. Substituční léčba by měla pomáhat jak ke zlepšení kvality života pacientů, tak i ke zlepšení fyzického, psychického a sociálního stavu, což se v kategorii v počtu zaměstnanosti potvrdilo. K zaměstnání se přiznala většina „dlouhodobých“ respondentů, což souvisí s jejich větší stabilizací. Z tohoto výsledku by se také dala vyvodit účinnost substituční léčby i za předpokladu, že přímé pracovní poradenství ve většině substitučních zařízení či psychiatrických ambulancí není poskytováno. Je zřejmé, že i přes tento nedostatek jsou respondenti natolik motivováni, aby si zaměstnání hledali sami (pokud zrovna nedocházejí např. do pracovních agentur). Ze zbylých výsledků je také vidět, že dlouhodobí respondenti více využívají také finanční pomoc od rodiny a krátkodobí respondenti převažují ve finančním zisku z nezákonných zdrojů a brigád.

Zkoumání rodinného stavu by nemělo být pouze předmětem získávání statistických údajů o klientech, ale mělo by sloužit hlavně k individuálnímu poznání sociálního okolí a sociálních vazeb, jejíž znalost může usnadnit průběh a zvýšit účinnost substituční léčby. Pokud klientovi jeho stávající stav nevyhovuje nebo v něm není dlouhodobě spokojen, může se to projevit v kterékoliv fázi léčby. Pro „krátkodobé“ klienty může být případná nepohoda v rodinném stavu situací, o které ví, ale neumí si s ní sami poradit. Tento fakt by mohl zapříčinit vypadnutí z léčby, jelikož nedojde k vyřešení problémů, které by mohly být pro klienta důležitější, než samotná substituční léčba. Stejně tak u klientů „dlouhodobých“ ovšem s tím rozdílem, že jsou většinou v léčbě stabilizovanější, mají náhled a mohou se v životě chtít posunout o krok dále, tím pádem i vyřešit vztahové záležitosti.

U vlivu rodiny/přátel na léčbu se názory „dlouhodobých“ a „krátkodobých“ klientů výrazně odlišují. Více „dlouhodobých“ vnímá od okolí podporu, nedokáže posoudit, ale také nepopírá fakt, že nemělo vliv na jeho léčbu. U krátkodobých klientů má největší zastoupení přesvědčení k léčbě, donucení a fakt, že jsou rodinou odmítáni.

Uvedené výsledky jsou podnětem k zamyšlení. Skutečnost, že většina dlouhodobých respondentů vnímá podporu od blízkého okolí, může být pomocným faktorem k úspěchu v jejich léčbě. Zajímavé jsou také výsledky dalších dvou charakteristik, které se výrazně odlišují odpověďmi napříč délkou v programu. Je viditelné, že dlouhodobí respondenti cítili buď podporu, žádný vliv od blízkých, a nebo tento stav nedokázali posoudit, přičemž by se tento závěr dal vysvětlit několika způsoby: většina respondentů opravdu cítí nebo cítila pomoc od rodiny či blízkých a jejich podporu si uvědomují. Na druhé straně, tak vysoké hodnocení, které udává „žádný vliv“ blízkých na léčbu může být vysvětleno faktem, že respondenti si i přes délku v programu vliv neuvědomují či nepřipouštějí, což může být také následkem negativních vztahů, a proto se na uvedené výsledky musí nahlížet s odstupem.

Podporující okolí je dle mého názoru důležitým faktorem pro setrvání v léčbě a tím pádem může napomoci i k vyléčení či jiným cílům, které si klient v substitučním programu zadá, proto bych do každé léčebné složky zařadila povinnou rodinnou/párovou terapii. V procesu terapie bychom se ale také měli zabývat i problémem kodependence a to nejen u rodiny, ale také blízkých přátel, protože jejich postoj k respondentovu problému ať už viditelná snaha o pomoc či nezájem ho může v léčebném procesu ovlivňovat.

Spokojenost všech respondentů ve stávající léčbě má nadpoloviční hodnotu a může podporovat její udržitelnost. Velice jsou spokojeni dlouhodobí klienti, krátkodobí jen spíše. Výsledek je patrně dán délkou v programu, naplňováním potřeb ze strany terapeutů či jiných, pro respondenta důležitých záležitostí.

Na základě zhodnocení výsledků s poznatky zahraničních výzkumů (Radimecký, 2006) je zde určitá podobnost, týkající se abstinence od omamných a psychotropních látek. 86 % uživatelů abtinujících od omamných a psychotropních látek v horizontu od 1 do 10 let léčby, oproti 40 %uživatelů ze zahraničních výzkumů. Na zlepšení sociálního stavu je třeba vzhledem k výsledkům zapracovat a to nejlépe zvýšením kvality jednotlivých intervencí (viz. níže).

3.5. Závěr

Všichni klienti vnímají jako důležité faktory pro setrvání v léčbě dostupnost zařízení, z nabízených intervencí pak psychoterapeutickou podporu, dále také pravidla a kontroly, které jsou součástí léčby.

Z výzkumu se zdá, že klienti, kteří jsou v programu déle, než rok jsou úspěšnější a jejich terapie je celkově účinnější. Tito klienti vnímají větší podporu rodiny, vykazují vyšší zaměstnanost, motivující je pro ně také zdravotní stav – tyto faktory mohou být jednak dobrým zdrojem, který pomáhá klientům dále setrvávat v léčbě, také jsou však samotným cílem substituční terapie – je možné, že k náhledu na tento stav, také k získání podpory okolí se klienti dopracovali až v průběhu léčby. Aby byla léčba více ještě účinnější, je třeba se klientovi věnovat od samého začátku léčby a brát v potaz všechny okolnosti, které by ho mohly omezovat.

Zdá se, že jiné faktory budou pro klienty důležité na počátku léčby, jiné pak z dlouhodobého hlediska – pro jejich zjištění by byl vhodnější jiný typ studie.

4. Použitá literatura

About methadone and buprenorphine. (2nd rev. ed.). (2006). New York, NY: Drug Policy Alliance

Ambulance pro léčbu závislostí a patologického hráčství. Heslo: substituční léčba.

Dostupné z: www.at-ambulance.cz/substituce . [30. 6. 2014].

Dědičnost látkových nemocí. (2007). Zaostřeno na drogy, 3(5), str. 1-2. Praha: Úřad vlády ČR

Dreifuss, J.A., Griffin, M.L., Frost, K., et al. (2013) Patient characteristics associated with buprenorphine/naloxone treatment outcome for prescription opioid dependence: Result from a multisite study. In Drug alcohol depend . Vol. 131, issue 1. [1. 7. 2014]. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0376871612004863>

Fišerová, M. (2000). Historie, příčiny a léčení drogových závislostí. In Postgraduální medicína. roč. 2, č. 3, str. 288-289

Kalina, K. (Ed).(2000). Léčba drogově závislých. Sborník drogy zevše stran II. Praha: Institut FILIA

Kalina, K. (2003). Faktory významné pro účinnost léčby a změnu klienta. In Kalina, K. a kol.: Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup. Praha: NMS/ Úřad vlády ČR

Kalina, K. (2008a). Faktory významné pro léčbu, změnu a úzdravu. In Kalina, K. a kol.: Základy klinické adiktologie. Praha: Grada Publishing

Kalina, K. (2008b). Terapeutická komunita: Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí. Praha: Grada Publishing

Kalina, K. (2013). Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii. Praha: Grada Publishing

Kratochvíl, S. (2006). Základy psychoterapie. 5. vydání. Praha: Portál

Kudrle, S. (2003). Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In Kalina, K. a kol.: Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup. Praha: NMS/Úřad vlády ČR

- Minařík, J. (2003). Opioidy a opiáty. In Kalina, K. a kol.: Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup. Kap. 3/2. Praha: NMS/ Úřad vlády ČR
- Minařík, J., Nečas, V. (2010). Drogová scéna v ČR: Psychiatrie pro praxi. roč. 11, č. 1, str. 20
- Ministerstvo zdravotnictví ČR. (2008). Standard substituční léčby. Věstník MZ ČR. částka 3, str. 11-26. [30. 6. 2014]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vestnik_2035_1034_3.html
- Mravčík, V. (2005). Buprenorfin: rozbor kritických otázek. Praha: NMS/ Úřad vlády ČR
- Mravčík, V. (2009). Substituční léčba závislosti na opiátech. In Psychiatrie pro praxi. roč. 10, č. 1, str. 6.
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Nečas, V., Grolmusová, L. et al. (2013). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2012. Praha: Úřad vlády ČR
- Nechanská, B. (2013). Informace z Národního registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek – rok 2012. Aktuální informace č. 1/2013. Praha: ÚZIS ČR
- Nechanská, B. (2014). Informace z Národního registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek – rok 2013. Aktuální informace č. 1/2014. Praha: ÚZIS ČR
- Nešpor, K. Heslo: Moderní léčba návykových nemocí. Dostupné z: www.drnespor.eu [29. 6. 2014]
- Popov, P. (2003). Programy metadonové a jiné substituce. In Kalina, K. a kol.: Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády ČR
- Prochaska, J., Norcross, J. (1999). Psychoterapeutické systémy. Praha: Grada Publishing
- Radimecký, J. (2006) Funguje léčba uživatelů drog? Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/72/168/Funguje-lecba-uzivatelu-drog> [30. 6. 2014].
- Richterová Těminová, M. (2008). Systém péče a jeho složky. In Kalina, K. a kol.: Základy klinické adiktologie. Praha: Grada Publishing

Švarc, J. (2008). Substitute opioidových závislostí: Psychiatrie pro praxi. roč. 9, č. 4, s. 187-190

Verster, A., Buning, E. (2003). Informace pro tvůrce drogové politiky o účinnosti substituční léčby závislosti na opiátech. Praha: NMS/ Úřad vlády ČR

Vymětal, J. (2010). Úvod do psychoterapie. 3. vydání. Praha: Grada Publishing

Warden, D., et al. (2012). Predictors of attrition with buprenorphine/naloxone treatment in opioid dependent youth. In Addictive behaviors. Vol. 37, issue 9. [1. 7. 2014]. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/03064603/37/9>

5. Přílohy

5.1. Seznam tabulek a grafů

Graf č. 1: Věk

Graf č. 2: Bydliště

Graf č. 3: Důležitost dostupnosti zařízení pro léčbu

Graf č. 4: Pořadí stávající substituční léčby

Graf č. 5: Délka ve stávajícím substitučním programu

Graf č. 6: Vyloučení ze substituční léčby

Graf č. 7: Samovolný odchod ze substituční léčby

Graf č. 8: Zdravotní obtíže

Graf č. 9: Míra závažnosti zdravotních obtíží

Graf č. 10: Psychiatrické obtíže

Graf č. 11: Zaměstnání

Graf č. 12: Nynější zdroj obživy

Graf č. 13: Vliv substituční léčby na profesní postavení

Graf č. 14: Rodinný stav

Graf č. 15: Spolubydlení

Graf č. 16: Užívání omamných a psychotropních látek spolubydlícím

Graf č. 17: Vliv rodiny/přátel na začátek či průběh léčby

Graf č. 18: Užívání omamných a psychotropních látek kromě substitučního preparátu

Graf č. 19: Typ užívání omamných a psychotropních látek

Graf č. 20: Spokojenost v léčbě

Graf č. 21: Nejdůležitější intervence v léčbě

Tabulka č. 1: Popis důležitosti zdravotních obtíží dle délky v substitučním programu

Tabulka č. 2: Popis zdroje obživy dle délky v substitučním programu

Tabulka č. 3: Popis vlivu rodiny na léčbu dle délky v programu

Tabulka č. 4: Popis užívání omamných a psychotropních látek dle délky v programu

Tabulka č. 5: Popis spokojenosti dle délky v programu

Tabulka č. 6: Popis priority intervencí dle délky v programu

5.2. Dotazník

Bakalářská práce – dotazník

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Michaela Veselá a studuji obor Adiktologie na 1. LF UK v Praze. Chtěla bych Vás touto cestou poprosit o vyplnění dotazníku kvůli výzkumu, který realizuji v rámci mé bakalářské práce, která se bude zabývat substituční léčbou.

Cílem bakalářské práce bude zjistit, jaké faktory jsou pro klienty prospěšné k tomu, aby úspěšně setrvali v substituční léčbě. Otázky budou tedy zaměřeny na Vaší léčbu v různých oblastech, nejvíce bych se však chtěla zaměřit na sociální oblast.

Chtěla bych Vás ujistit, že účast na výzkumu je anonymní, zcela dobrovolná a nebude mít žádný vliv na Vaší léčbě v substitučním zařízení. Pokud budete chtít, můžete z výzkumu kdykoliv odstoupit či odmítnout odpovědět na některé otázky. Vyplněním dotazníku souhlasíte s účastí ve výzkumu.

Mockrát děkuji za Váš čas a ochotu.

1. Pohlaví:

- ☐ muž
- ☐ žena

2. Věk:

- ☐ 18-25
- ☐ 26-35
- ☐ 36-45
- ☐ 46-55
- ☐ 56 a více

3. Bydliště:

- ☐ v místě substitučního zařízení
- ☐ 20 km od místa zařízení
- ☐ jiné: _____

4. Je tato substituční léčba Vaší první léčbou ?

- ☐ ano
- ☐ ne

5. Jak dlouho jste v substitučním programu ?

- ☐ méně než rok
- ☐ rok
- ☐ 2 roky
- ☐ 3 roky
- ☐ 5 let

☐ jiné: _____

6. Byl jste někdy ze substituční léčby vyloučen ?

- ☐ ano
☐ ne

7. Odešel jste někdy z léčby sám ??

- ☐ ne
☐ ano

8. Máte nějaké trvalé zdravotní obtíže, které Vám komplikují život ?

- ☐ ne
☐ ano (*popište:* _____)

9. Jak Vám tyto obtíže komplikují život ?

- ☐ hodně
☐ málo
☐ vůbec
☐ nedokážu posoudit

10. Léčíte se, kromě substituce, i pro psychiatrické obtíže ? (*deprese, halucinace, úzkosti,*)

- ☐ ne
☐ ano

11. Máte nyní zaměstnání ?

- ☐ ne
☐ ano

12. Jaký je Váš zdroj obživy ?

- ☐ zaměstnání
☐ dávky
☐ nemocenská/důchod
☐ od partnera/rodiny/přátel
☐ nezákonné zdroje
☐ jiné: _____

13. Ovlivnila substituční léčba Vaše profesní postavení/pozici ?

- ☐ ne
☐ ano (jak: _____)

14. Jaký je Váš rodinný stav ? (možno více odpovědí)

- ☐ svobodný/á
☐ ženatý/vdaná
☐ rozvedený/á
☐ mám přítelkyni/přítele

15. S kým bydlíte ? (možno více odpovědí)

- ☐ sám/sama
- ☐ s kamarádem/kamarádkou/kamarády
- ☐ s rodiči
- ☐ s přítelkyní/přítelem
- ☐ jiný: _____

16. Užívá spolubydlící návykové látky ?

- ☐ ne
- ☐ ano

17. Ovlivnila rodina/přátelé nějakým způsobem začátek či průběh léčby ?

- ☐ podporuje mě
- ☐ donutila mě, jít se léčit
- ☐ přesvědčila mě, jít se léčit
- ☐ neovlivnila
- ☐ nedokážu posoudit
- ☐ jiné: _____

18. Užíváte kromě substituční látky také nelegální drogy ?

- ☐ ne
- ☐ ano

19. Pokud ano, jaké ?

- ☐ heroin
- ☐ pervitin
- ☐ marihuana, hašiš
- ☐ kokain
- ☐ tlumivé léky (anxiolytika, hypnotika)
- ☐ těkavé látky
- ☐ halucinogeny (LSD)
- ☐ jiné: _____

20. Jste spokojen s tímto typem léčby ?

- ☐ velice spokojen
- ☐ spíše spokojen
- ☐ spíše nespokojen
- ☐ velice nespokojen
- ☐ nevím

21. Je pro Vaší léčbu rozhodující dostupnost zařízení ?

- ☐ ne
- ☐ ano

22. Která z uvedených věcí je pro Vás v léčbě, kromě podávání substituční látky, nejdůležitější ??

- ☐ pravidla a kontroly
- ☐ psychoterapie a poradenství

- ☐ práce s rodinou
- ☐ pracovní poradenství a sociální práce